

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Kebutuhan Cairan**

##### **1. Gangguan keseimbangan cairan**

Gangguan keseimbangan cairan terjadi karena adanya penyakit atau cedera yang mengganggu kemampuan tubuh untuk mempertahankan homeostatis (Poter & Perry, 2009). Gangguan keseimbangan cairan menurut Rahman (2017) yaitu:

##### **a. Hipervolemia**

Hipervolemia adalah peningkatan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. Penyebab adanya hipervolemia yaitu karena gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, gangguan aliran balik vena, dan efek agen farmakologis (misalnya. Kortikosteroid, clorpropamide, tolbutamide, vinchristin, trytilinescarbamazepine) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Tanda dan gejala hipervolemia terdiri dari mayor dan minor. Pada tanda gejala mayor dengan data subjektif pasien akan mengeluhkan ortopnea, dispnea, dan paroxysmal nocturnal dyspnea (PND), sedangkan pada gejala objektif akan ditemukan edema anasarka dan atau edema perifer, berat badan akan meningkat dalam waktu singkat, Jugular venous pressure akan meningkat, dan reflek hepatojugularis positif. Pada tanda dan gejala minor dengan data subjektif (tidak tersedia), sedangkan pada data objektif akan ditemukan distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegaly, Kadar HB/Ht turun, oliguria, intake lebih banyak dibandingkan output, dan kongesti paru.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

## b. Hipovolemia

Hipovolemia merupakan penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan atau intraseluler. Penyebab dari hipovolemia yaitu kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake cairan, dan evaporasi. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Salah satunya yaitu DBD dimana seseorang yang terinfeksi akan menyebabkan peningkatan permeabilitas dinding pembuluh darah dan merembesnya cairan melalui endotel. Penderita dengan renjatan berat, volume plasma akan berkurang sampai lebih dari 30% dan berlangsung selama 24-48 jam. Renjatan yang tidak ditangani secara adekuat akan membuat anoksia jaringan, asidosis metabolik bahkan sampai kematian (Andhini, 2017).

Tanda dan gejala hipovolemia terdiri dari mayor dan minor. Pada tanda gejala mayor dengan data subjektif pasien (tidak tersedia), sedangkan pada gejala objektif akan ditemukan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, dan hematokrit meningkat. Pada tanda dan gejala minor dengan data subjektif akan ditemukan pasien mengeluh merasa lemah, dan haus, sedangkan pada data objektif akan ditemukan pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, dan berat badan turun tiba-tiba. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

## 2. Faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan

Faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan menurut Kondorura (2018) antara lain

### a. Usia

Perbedaan usia menentukan luas permukaan tubuh dan berat dan secara aktivitas organ, sehingga dapat memenuhi jumlah kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan cairan dan elektrolit

tubuh berdasarkan usia, berat badan, kebutuhan (ml)/24 jam usia 3 hari dengan berat badan 3,0 kg harus memenuhi 200-300 ml/24 jam, usia 1 tahun berat badan 9,5 kebutuhan cairannya 1150-1300, untuk usia 3 tahun berat badan 11,8 kg kebutuhan cairannya 1350-1500 dan untuk anak usia 6 tahun dengan berat badan 18,7 kg kebutuhan cairannya 1800-2000, 10 tahun dengan berat badan 20 kg, pada 14 tahun dengan berat badan 45 kg dan 18 tahun dengan 54 kg. kebutuhan metabolisme juga menentukan keseimbangan cairan dan elektrolit (Efendi, 2019).

b. Temperatur (suhu)

Suhu lingkungan dan evaporasi ingginya mengakibatkan proses pengeluaran cairan melalui keringat cukup banyak, sehingga tubuh akan banyak kehilangan cairan. Keadaan demam, setiap 10% untuk kenaikan 1 derajat Celsius (Efendi, 2019)

c. Diet

Apabila kekurangan nutrisi, tubuh akan memecah cadangan makanan yang tersimpan di dalamnya, sehingga dalam tubuh terjadi pergerakan cairan dari interstisial ke intraseluler yang dapat berpengaruh pada jumlah pemenuhan kebutuhan cairan. Seseorang yang berdiet berpengaruh juga terhadap asupan cairan dan elektrolit, jika asupan makanan tidak adekuat atau tidak seimbang, tubuh berusaha memecah simpanan protein dengan terlebih dahulu memecah simpanan glikogen dan lemak. Keadaan ini mengakibatkan penurunan kadar albumin. Albumin penting untuk mempertahankan tekanan onkotik plasma, Bila tubuh kekurangan albumin, tekanan onkotik plasma dapat menurun. Akibatnya, cairan dapat berpindah dari intravaskuler ke interstisial sehingga terjadi edema di interstisial dalam tubuh.

d. Stres

Stres bisa mempengaruhi pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit melalui proses peningkatan metabolisme

sehingga mengakibatkan terjadinya glikolisis otot yang dapat menimbulkan retensi natrium dan air. Keadaan stress berpengaruh pada kebutuhan cairan dan elektrolit tubuh. Ketika stress, tubuh mengalami peningkatan metabolisme seluler, peningkatan konsentrasi glukosa darah, dan glikolisis otot. Mekanisme ini menyebabkan retensi cairan natrium. Stress juga menyebabkan peningkatan produksi hormon antidiuretik yang dapat mengurangi produksi urin

e. Sakit

Pada kondisi sakit banyak sel yang rusak, sehingga untuk memperbaiki sel yang rusak tersebut dibutuhkan adanya proses pemenuhan kebutuhan cairan yang cukup. Kondisi sakit menimbulkan ketidakseimbangan sistem dalam tubuh, seperti ketidakseimbangan hormonal yang dapat mengganggu keseimbangan kebutuhan cairan. Jumlah volume urin normal pada anak bayi baru lahir 10-90 ml/kgBB/hari, bayi 80-90 ml/kgBB/hari, anak 50 ml/kgBB/hari remaja 40 ml/kgBB/hari dan dewasa 30ml/kgBB/hari. Pengeluaran tidak normal seperti toma, aspirasi nasogastrik, diare berkepanjangan, luka bakar

## **B. Konsep *Fluid Management***

### 1. Pengertian

Manajemen cairan merupakan pemeliharaan cairan dalam setiap pasien untuk memenuhi kebutuhan fisiologis dasar pada pasien yang mengalami kehilangan cairan berdasarkan prinsip mengganti cairan yang hilang seakurat mungkin. (Castera & Borhade, 2022)

### 2. Manfaat

Manajemen cairan dapat membantu menentukan apakah pasien kekurangan cairan atau kelebihan cairan (Castera & Borhade, 2022). Manajemen cairan juga berfungsi untuk mempertimbangkan dalam pemberian cairan agar tidak terjadi kelebihan cairan dalam

mempertahankan perfusi organ dan mencegah kelebihan cairan (Diana et al., 2022). Pemberian cairan pengganti bertujuan untuk mencegah agar tidak terjadi syok. Kebocoran plasma bersifat sementara pada pasien DBD sehingga pemberian cairan dalam waktu lama dan jumlah banyak dikhawatirkan dapat menimbulkan kelebihan cairan (Diana et al., 2022).

### 3. Mekanisme

Mekanisme manajemen cairan yang pertama yaitu untuk menilai status volume cairan pasien dapat dengan pemeriksaan fisik (capillary refill, fontanella, skin turgor, tactile temperature, membrane mukosa) dan tanda-tanda vital meliputi berat badan, nadi, tekanan darah, respiratory rate, dan urine output. Hasil laboratorium dapat juga digunakan sebagai data tambahan. Berikut ini adalah mekanisme manajemen cairan dengan cara menentukan kekurangan volume cairan pada pasien dengan melakukan balance cairan (Castera & Borhade, 2022). Manajemen cairan juga melakukan perhitungan cairan, dalam perhitungan cairan dapat menggunakan usia maupun berat badan, disini penulis menggunakan rumus cairan holliday segar. Dalam pemberian cairan intravena penulis melakukan kolaborasi dengan dokter (Seneviratne et al., 2018).

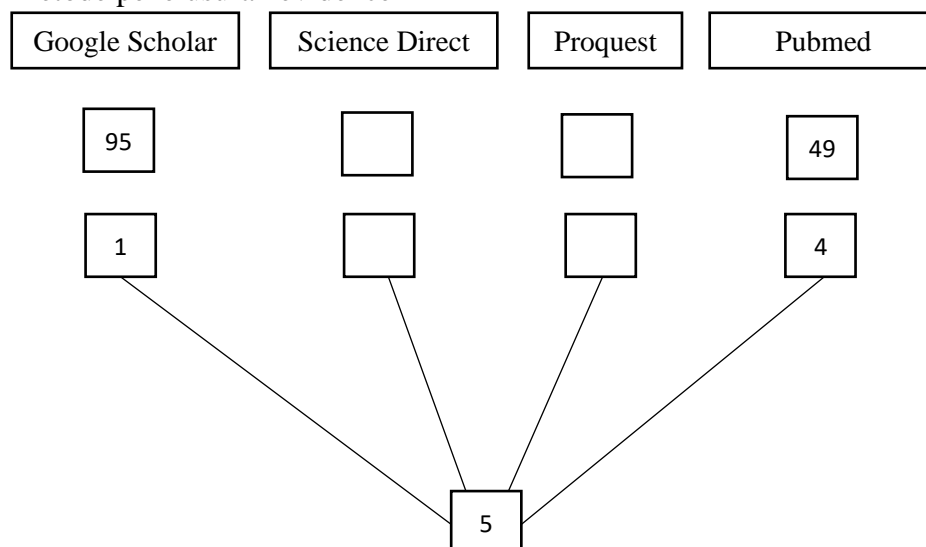
Tabel 2.1  
Standar Operasional Prosedur Manajemen Cairan

Standar Prosedur Operasional Manajemen Cairan	
Pengertian	Penghitungan keseimbangan cairan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui status cairan tubuh               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengetahui jumlah cairan masuk</li> <li>b. Mengetahi jumlah cairan keluar</li> <li>c. Mengetahui balance cairan</li> <li>d. Menentukan kebutuhan cairan</li> </ol> </li> </ol>
Kebijakan	Bahwa semua pasien yang mengalami masalah gangguan reglasi cairan
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat tulis</li> <li>2. Gelas ukur</li> <li>3. Alat pengukur berat badan</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujun dan prosedur yang akan dilakukan</li> <li>2. Mencuci tangan</li> <li>3. Mengukur berat badan</li> <li>4. Menghitung intake cairan dalam 24 jam (makan, minum, obat)</li> <li>5. Menhitung intake cairan injeksi dan infus dalam 24 jam</li> <li>6. Menghitung output urine dalam 24 jam</li> <li>7. Menghitung output feces dalam 24 jam</li> <li>8. Menghitung out put abnormal (muntah, diare, perdarahan) dalam 24 jam</li> <li>9. Menghitung IWL (Insensible Water Loss)  <math>IWL : (15 \times BB) / 24 \text{ jam}</math>  <math>IWL \text{ kenaikan suhu} : [(10\% \times \text{cairan masuk}) \times \text{jumlah kenaikan suhu}] + IWL \text{ normal}</math> </li> <li>10. Menghitung balance vairan</li> <li>11. Dokumentasikan hasil perhitungan balance cairan</li> <li>12. Mencuci tangan</li> </ol>

Sumber : RS Lestari Raharja

### C. Hasil Literatur Review

#### 1. Metode penelusuran evidence



Gambar 2.1 Hasil Penelusuran EBN

Pencarian artikel ditetapkan menggunakan jurnal yang sudah terpublikasi baik nasional maupun internasional dengan batasan minimal 5 tahun terakhir dari tahun terbit dengan kata kunci “relaksasi *fluid management* untuk meningkatkan status cairan menggunakan database: *Google Scholar, Science Direct, ProQuest* dan Pubmed. Hasil penelusuran didapatkan 5 artikel terdiri dari 4 jurnal internasional dan 1 jurnal nasional dengan hasil:

- a. Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Cairan Pada Pasien *Dengue Haemorrhagic Fever* Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan pada 06 – 11 Mei 2021 dipublikasikan oleh Jurnal Kesehatan dan Fisioterapi (Jurnal KeFis) dengan 2 Pasien DHF tidak ada perbandingan. Intervensi Dilakukan dengan 5 tahap proses keperawatan oleh *American Nurse Association* (ANA) yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implemenasi, dan evaluasi. Dengan hasil Kedua responden mengalami pemenuhan cairan dari yang awalnya mengalami kekurangan menjadi terpenuhi
- b. *The Tolerability and Efficacy of Oral Isotonic Solution Versus Plain Water in Dengue Patients : a Randomized Clinical Trial* pada bulan Juni- September 2014 di publikasikan Indian Journal of Community Medicine dengan intervensi 24 RS Cipto Mangunkusumo Jakarta subjek dimasukkan dan dibagi rata menjadi dua kelompok larutan isotonik oral (OIS) dibandingkan dengan air biasa sebagai pengganti cairan pada pasien demam berdarah. Hasil Kelompok intervensi (OIS) mengalami lebih sedikit mual, lebih sedikit muntah, memiliki keseimbangan cairan positif dan MAP lebih tinggi, dan menjadi afebris lebih cepat dibandingkan dengan kelompok kontrol (air putih).
- c. *Fluid requiremen in adult dengue haemorrhagic fever patients during the critical phase of the illness: an observational study* dipublikasikan International Archives of Medical Microbiology. Sebanyak 115 pasien DBD dengan usia rata-rata 30,3 (SD 12,2) tahun direkrut untuk

penelitian di. Intervensi Kami melakukan studi tindak lanjut observasional di Sri Lanka dari Januari-Juli 2017 untuk mengidentifikasi kebutuhan cairan pasien DBD dan untuk mengidentifikasi apakah ada fitur kelebihan cairan pada pasien yang melebihi kuota cairan. Pasien yang mengalami DBD setelah masuk ke tempat penelitian, direkrut dan jumlah cairan yang diterima selama fase kritis didokumentasikan. Hasil Sebagian besar pasien menerima cairan melebihi kuota yang direkomendasikan dan kelompok ini mewakili pasien dengan tekanan nadi sempit dan hipotensi. Meskipun, kelebihan cairan jarang terjadi pada populasi penelitian, dokter harus berhati-hati saat memberikan cairan lebih dari defisit  $M + 7,5\%$ .

- d. *Balanced Crystalloids Versus Saline in Critically Ill Adults: A Systematic Review and Meta-analysis* pada awal hingga akhir Juli 2019 dipublikasikan di Sage Journal. Studi kohort dan uji coba acak dari orang dewasa yang sakit kritis memberikan resusitasi cairan nonperioperatif yang dominan dengan kristaloid seimbang atau 0,9% natrium klorida (salin) dimasukkan. Indeks Kumulatif untuk Literatur Keperawatan dan Kesehatan Sekutu, Daftar Scopus, PubMed, dan Cochrane Central untuk Uji Coba Terkendali. Hasil Resusitasi dengan kristaloid seimbang menunjukkan mortalitas rumah sakit atau 28-/30-hari yang lebih rendah dibandingkan dengan saline pada orang dewasa yang sakit kritis tetapi tidak secara khusus pada mereka yang mengalami sepsis.
- e. *Fluid Management in Patients with Dengue Hemorrhagic Fever* pada bulan Maret hingga Agustus 2011 di publikasikan di *Asia Pacific Journal Pediatrics and Child Health* dengan Studi kohort pada 401 pasien DBD. Sebuah studi kohort retrospektif pada 401 pasien DBD yang dirawat di Rumah Sakit Lady Ridgeway dari Maret hingga Agustus 2011. Asosiasi TFV dan DSP satu sama lain dan dengan komplikasi di atas dianalisis menggunakan regresi logistik tanpa syarat dan uji t Student yang sesuai. Hasil Penggunaan cairan berlebih pada fase kritis secara signifikan berhubungan dengan kelebihan



cairan dan perdarahan. Dengan demikian pentingnya mengikuti panduan cairan M+5% ditekankan untuk mencapai hasil yang lebih baik. Syok dengue pada presentasi terkait dengan peningkatan risiko perdarahan dan disfungsi hati.

#### **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengkajian**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pengkajian merupakan tahap yang penting sebelum melakukan asuhan keperawatan. Pengkajian bertujuan untuk mendapatkan data-data tentang pasien sebelum menentukan rencana asuhan keperawatan yang akan diberikan. Pengkajian dilakukan dengan beberapa teknik yakni: Wawancara: pengkajian yang dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan pada pasien atau keluarga pasien. Pengukuran: meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan. Pemeriksaan fisik: pemeriksaan yang dilakukan dari kepala sampai kaki dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi untuk melihat adanya kelainan atau tidak.

##### **a. Kaji riwayat keperawatan**

###### **1) Identitas**

Semua orang dapat terserang DHF baik dewasa maupun anak-anak.

###### **2) Keluhan Utama**

Pada saat pengkajian pertama pada klien dengan DHF sering kali keluhan utama yang didapatkan adalah panas atau demam.

###### **3) Riwayat penyakit sekarang**

Data yang didapat dari klien atau keluarga klien tentang perjalanan penyakit dari keluhan saat sakit hingga dilakukan asuhan keperawatan. Biasanya klien mengeluh demam yang disertai menggil, mual, muntah, pusing, lemas, pegal-pegal pada saat dibawa ke rumah sakit. Selain itu terdapat tandatanda perdarahan seperti ptekie, gusi berdarah, diare yang bercampur darah, epitaksis.

#### 4) Riwayat penyakit dahulu

Pada klien DHF tidak ditemukan hubungan dengan riwayat penyakit dahulu. Hal ini dikarenakan DHF disebabkan oleh virus dengue dengan masa inkubasi kurang lebih 15 hari. Serangan ke dua bisa terjadi pada pasien yang pernah mengalami DHF sebelumnya. Namun hal tersebut jarang terjadi karena pada pasien yang pernah mengalami serangan sudah mempunyai sistem imun pada virus tersebut.

#### 5) Riwayat penyakit keluarga

Penyakit DHF merupakan penyakit yang diakibatkan nyamuk terinfeksi virus dengue. Jika salah satu dari anggota keluarga ada yang terserang penyakit DHF kemungkinan keluarga lainnya dapat tertular karena gigitan nyamuk.

#### b. Pengkajian pola dan fungsi kesehatan

1) Nutrisi: klien mengalami penurunan nafsu makan dikarenakan klien mengalami mual, muntah setelah makan.

2) Aktifitas: klien biasanya mengalami gangguan aktifitas dikarenakan klien mengalami kelemahan, nyeri tulang dan sendi, pegal-pegal dan pusing.

3) Istirahat tidur: demam, pusing, nyeri, dan pegal-pegal berakibat terganggunya istirahat dan tidur.

4) Eliminasi: pada klien DHF didapatkan klien mengalami diare, hluaran urin menurun, BAB keras

5) Personal hygiene: klien biasanya merasakan pegal dan perasan seperti tersayat pada kulit karena demam sehingga pasien memerlukan bantuan orang lain dalam memenuhi perawatan diri.

#### c. Pemeriksaan fisik

##### 1) Keadaan umum

Pada derajat I II dan III biasanya klien dalam keadaan composmentis sedangkan pada derajat IV klien mengalami penurunan kesadaran. Pada pemeriksaan didapatkan hasil demam

naik turun serta menggigil, penurunan tekanan darah, frekuensi nadi cepat dan teraba lemah.

2) Kulit

Kulit tampak kemerahan merupakan respon fisiologis dan demam tinggi, pada kulit tampak terdapat bintik merah (petekchie), hematoma, ekmosis (memar).

3) Kepala

Pada klien dengan DHF biasanya terdapat tanda pada ubun-ubun cekung.

4) Wajah

Wajah tampak kemerahan, kemungkinan tampak bintik-bintik merah atau petekie.

5) Mulut

Terdapat perdarahan pada gusi, mukosa tampak kering, lidah tampak kotor.

6) Leher

Tidak tampak pembesaran JPV

7) Dada

Pada pemeriksaan dada biasanya ditemui pernapasan dangkal, pada perkusi dapat ditemukan bunyi napas cepat dan sering berat, redup karena efusi pleura. Pada pemeriksaan jantung ditemui suara abnormal, suara jantung S1 S2 tunggal, dapat terjadi anemia karena kekurangan cairan, sianosis pada organ tepi.

8) Abdomen

Nyeri tekan pada perut, saat dilakukan pemeriksaan dengan palpasi terdapat pembesaran hati dan limfe.

9) Anus dan genetalia

Pada pemeriksaan anus dan genetalia terkadang dapat ditemukannya gangguan karena diare atau konstipasi, misalnya kemerahan, lesi pada kulit sekitar anus.

10) Ekstermitas atas dan bawah

Pada umumnya pada pemeriksaan fisik penderita DHF ditemukan

ekstermitas dingin, lembab, terkadang disertai sianosis yang menunjukkan terjadinya renjatan.

a. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan darah pada pasien DHF akan didapatkan hasil:

- 1) Uji tourniquet positif.
- 2) Jumlah trombosit mengalami penurunan.
- 3) Hematokrit mengalami peningkatan sebanyak >20%.
- 4) Hemoglobin menurun.
- 5) Peningkatan leukosit.

2. Diagnosa

Masalah keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan disusun setelah mendapatkan data-data yang ditemukan di lapangan dan menegakkan masalah keperawatan. Kemudian masalah keperawatan dikelompokkan untuk melihat prioritas dari masalah keperawatan yang paling utama untuk dilakukan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus DHF yaitu:

(Nurarif & Kusuma, 2015) (PPNI, 2017).

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue
- b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen)
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
- g. Risiko syok ditandai dengan kurangnya volume cairan tubuh
- h. Risiko pendarahan ditandai dengan trombositopenia
- i. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

## 1. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun rencana keperawatan dan luaran keperawatan yang sesuai dengan penyakit DHF menurut (PPNI, 2018) (PPNI, 2019) adalah sebagai berikut:

Dx. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi virus dengue dengan tujuan, setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil: suhu tubuh menurun, tanda-tanda vital dalam batas normal. intervensi keperawatan manajemen hipertermi meliputi: observasi meliputi identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh; terapeutik meliputi, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (mis. kompres); edukasi meliputi anjurkan tirah baring, dan kolaborasi meliputi kolaborasi untuk pemberian antipiretik

Dx. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan sindrom hipoventilasi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan pola nafas (I.01004) membaik dengan kriteria hasil: frekuensi, irama dan kedalaman pernapasan membaik, penggunaan otot-otot bantu pernapasan menurun, kapasitas vital meningkat. Intervensi keperawatan manajemen pola nafas meliputi: observasi dengan monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi nafas tambahan. Terapeutik dengan posisikan semi fowler atau fowler, mempertahankan kepatenan jalan napas pasien, edukasi meliputi, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dan kolaborasi dengan kolaborasi dalam pemberian terapi oksigen

Dx. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (penekanan intra abdomen) dengan tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan tingkat nyeri (I.08066) menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, melaporkan bahwa nyeri berkurang reaksi non verbal menurun. Intervensi keperawatan manajemen nyeri

meliputi: observasi, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal. Terapeutik dengan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Edukasi, ajarkan teknik non farmakologis (mis. teknik nafas dalam), dan kolaborasi dengan kolaborasi pemberian analgetic.

Dx. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dengan tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan status cairan (1.03028) membaik dengan kriteria hasil: produksi urine normal, kekuatan nadi dan turgor kulit meningkat, kebutuhan cairan terpenuhi (intake dan output seimbang). Intervensi manajemen hypovolemia meliputi: observasi periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun dll), monitor intake dan output cairan. Terapeutik dengan hitung kebutuhan cairan, edukasi anjurkan dan berikan minum, dan kolaborasi pemberian terapi cairan dan cek serum elektrolit.

Dx. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dengan tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan perfusi perifer (1.02011) meningkat dengan kriteria hasil: tekanan sistol dan diastole meningkat, denyut nadi perifer meningkat, akral dan turgor kulit membaik. Intervensi perawatan sirkulasi meliputi: observasi monitor tanda-tanda vital, periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin). Edukasi dengan informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, dan kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

Dx. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan status cairan (1.03028) membaik dengan kriteria hasil: porsi makanan yang dihabiskan meningkat, tidak ada penurunan berat badan yang berarti. intervensi manajemen nutrisi meliputi: observasi monitor asupan makanan

monitor adanya penurunan berat badan, identifikasi makanan yang disukai. Terapeutik lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu. Edukasi jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, dan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

Dx. Risiko syok ditandai dengan kurangnya volume cairan tubuh dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan tingkat syok (1.03032) menurun dengan kriteria hasil: frekuensi nadi membaik, frekuensi nafas membaik, tekanan darah sistolik dan diastolic membaik. Intervensi manajemen syok meliputi: observasi dengan monitor status kardipulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, dll), monitor status cairan, monitor tingkat kesadaran dan respon pupil. Terapeutik pasang jalur iv, jika perlu. Edukasi jelaskan penyebab atau factor resiko syok, jelaskan tanda dan gejala awal syok, anjurkan melaporkan jika menemukan atau merasakan tanda dan gejala awal syok, dan kolaborasi untuk pemberian terapi cairan

Dx. Resiko pendarahan ditandai dengan trombositopenia dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan tingkat pendarahan (1.02017) menurun dengan kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda pendarahan, tanda-tanda vital membaik, hemoglobin dan hematocrit membaik. Intervensi pencegahan perdarahan meliputi: observasi monitor tanda dan gejala pendarahan, monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah, monitor tanda koagulasi. Terapeutik dengan pertahankan bed rest selama pendarahan. Edukasi jelaskan tanda dan gejala pendarahan, anjurkan segera melapor jika terjadi pendarahan, dan kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah, jika perlu

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan ansietas (1.09093) menurun dengan kriteria hasil: verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, pola tidur membaik. Intervensi reduksi ansietas meliputi: observasi monitor tanda-tanda ansietas terapeutik bangun kepercayaan, keamanan dan hak untuk mendapatkan akses dengan hati-hati, tempatkan barang pribadi yang memberikan

kenyamanan. Edukasi, sediakan informasi faktual (nyata dan benar) kepada pasien dan keluarga menyangkut diagnosis, perawatan dan prognosis, lakukan tindakan pengalihan untuk menurunkan tingkat kecemasan (misalnya: terapi bermain) dan kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu.

## 2. Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali, 2014).

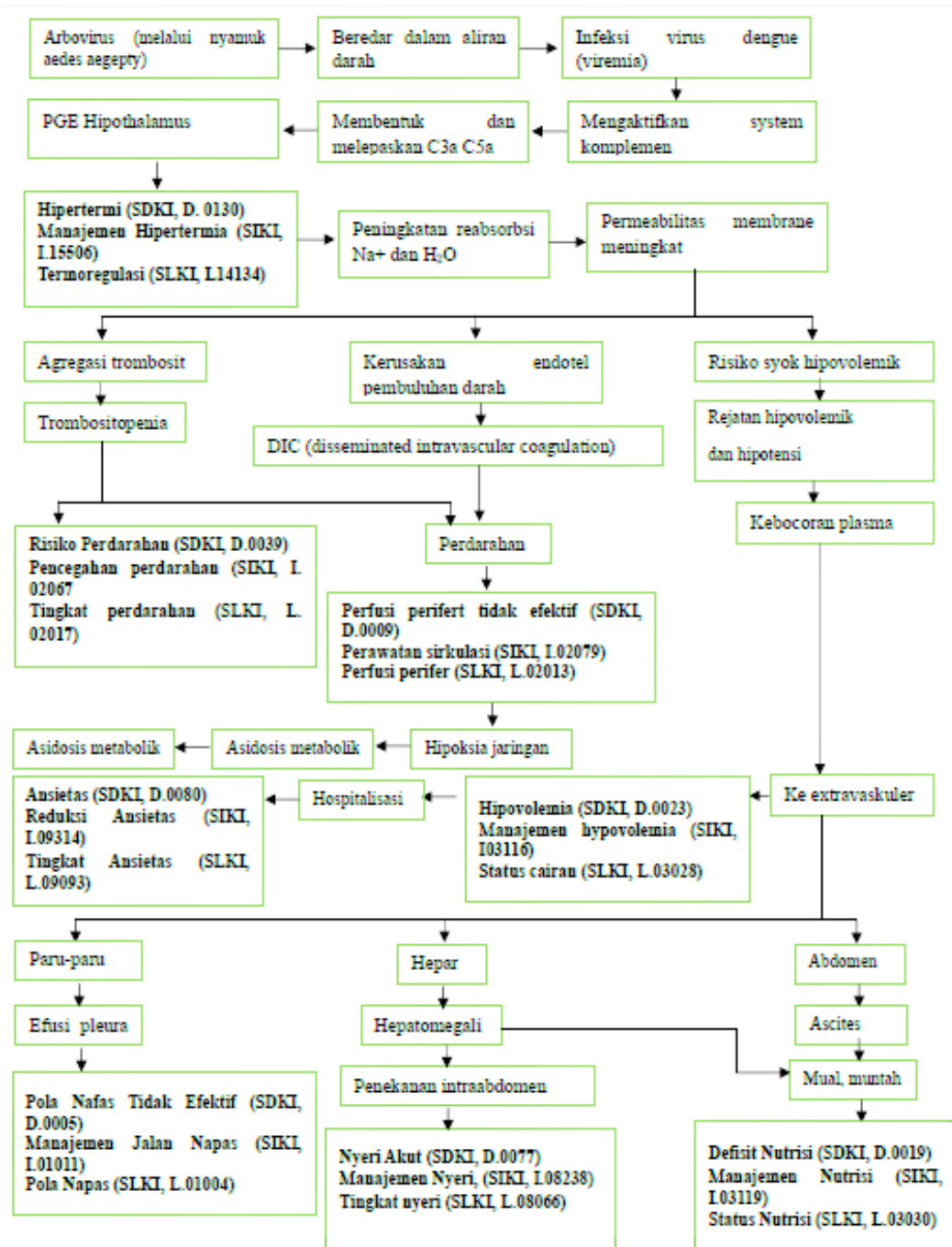
## 3. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap untuk melihat hasil atau menilai sejauh mana tercapainya suatu intervensi yang dilakukan dan respon klien terhadap pemberian asuhan keperawatan yang diberikan (Perry Potter, 2005). Dalam evaluasi keperawatan terdapat beberapa langkah untuk mengevaluasi keperawatan yang sudah dilakukan, yakni:

- a. Mengumpulkan data-data dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Membandingkan data dari hari kehari dari sebelum pemberian asuhan keperawatan hingga sesudah pemberian asuhan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah ditetapkan.
- c. Melihat perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan.
- d. Mengukur dan membandingkan hasil perkembangan pasien dengan standar normal yang sudah ada.



## E. WOC



Gambar 2.2 Web of Causation

Sumber : SDKI PPNI (2017); Lestari (2016)